

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE **131** No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. OLLIER

ÉTUDE MÉDICO-LEGALE

des

morts suspectes, subites ou rapides

au cours des états aigus ou sub-aigus latents

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1923

181

UNA ABUND

131

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

181

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. OLLIER

ÉTUDE MEDICO-LEGALE

des

morts suspectes, subites ou rapides

au cours des états aigus ou sub-aigus latents

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
N...
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALHAZARD.
MÉNÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	IEREBOULLET.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GUENIOT.	LÉVY-SOLAL.	STROHL.
CHAMPY.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCOQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE ET DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD.

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Conseiller technique

chargé du service de l'identité judiciaire,

Chef d'escadron au 120^e régiment d'artillerie lourde,

Officier de la Légion d'Honneur.

En le remerciant du très grand honneur
qu'il nous a fait en voulant bien accep-
ter la présidence de cette thèse, pour
laquelle il nous a donné de nombreux
documents. Nous sommes heureux de
lui en exprimer ici toute notre vive
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR,
Professeur agrégé de Médecine légale
à la Faculté de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré ce travail et nous en
a fourni les principaux éléments. Avec
la plus extrême bienveillance il nous
a aidé de ses conseils, qu'il veuille bien
recevoir ici l'expression de notre très
grande gratitude pour tout ce que nous
lui devons.

PREMIERE PARTIE

La Mort subite au point de vue Médico-légal Statistique

INTRODUCTION

C'est un fait bien connu que des états pathologiques aigus ou sub-aigus peuvent évoluer de la façon la plus insidieuse, sans troubles fonctionnels marqués, et se terminer inopinément par une mort subite ou rapide. Ce dénouement, en apparence inexplicable, seul l'autopsie peut en déterminer la raison.

Mais l'opinion publique admet mal l'idée d'une mort subite quand aucune affection antérieure et avérée ne paraît l'expliquer. De là des soupçons injustifiés de crime ou de suicide auxquels trop facilement la presse donne une publicité imméritée. On conçoit combien de tels errements sont regrettables et quels préjudices moraux et matériels ils peuvent occasionner.

Ces faits ne sont pas exceptionnels, tous les médecins légistes ont eu à s'en occuper. Notre but est d'en montrer la fréquence et par suite de mettre en garde médecins et magistrats contre un jugement prématuré qui tiendrait trop exclusivement compte de circonstances extérieures capables en apparence d'expliquer la mort dont elles ne sont pourtant en rien la cause.

Mais auparavant il est bon de définir ce qu'on entend en médecine légale par mort subite.

La Mort subite au point de vue médico-légal Généralités et Définitions

De tout temps la mort subite a hanté les imaginations. Certains la redoutent, d'autres la désirent craignant les souffrances et les misères de la maladie, les tourments d'une lente agonie.

Aussi depuis longtemps les esprits s'en sont-ils préoccupés. Hippocrate, Galien cherchent à déterminer quels sont ceux qui doivent le plus la redouter. Elle est pour les philosophes de l'antiquité l'objet d'entretiens fréquents et Salluste raconte que dans un dîner auquel assistait Jules César, les convives discutèrent longtemps sur cette question : « Quelle est la mort la meilleure ? » La meilleure, répondit le Maître de Rome, c'est la plus imprévue « Repentina ».

Dans l'ardeur des idées religieuses qui dominent toute la période du Moyen-Age, elle est particulièrement redoutée. Mais ce n'est guère qu'au XIX^e siècle

qu'on cherche à en élucider les causes et qu'on en montre l'importance considérable au point de vue médico-légal.

Les morts subites, en effet, sont très fréquemment l'objet d'enquêtes judiciaires et par suite d'autopsies médico-légales. On voit donc combien nécessaire est pour le médecin la connaissance approfondie de ses causes.

Pour tous les auteurs, mort subite veut dire mort inopinée. « Sous le nom de mort subite, j'entends celle prévue ou non qui emporte rapidement le sujet contre son attente et celle des autres personnes à ce moment-là » (*Morgani lettre 26*).

« La mort subite enlève par une maladie d'une course rapide sans agonie ou après une courte agonie des hommes ordinairement sains, elle survient inopinément. » (*Lancini*).

Pour Vibert « elle correspond aux cas où la mort survient plus ou moins rapidement en quelques secondes, quelques heures ou même quelques jours, mais d'une façon imprévue, frappant sans causes apparentes un sujet jusque-là bien portant ou n'ayant présenté que des troubles de la santé très légers ou du moins paraissant tels aux personnes de son entourage ».

Lacassagne, dans un article de la *province médicale*, déclare qu'on ne doit pas attribuer au mot subit le sens d'instantané, la question de la mort subite prise dans un sens aussi étroit n'aurait en raison de sa rareté aucune importance pathologique ou médico-légale.

Brouardel définit ainsi la mort subite : « Elle est la

terminaison rapide, imprévue d'une maladie aiguë ou chronique qui le plus souvent a évolué à l'état latent ».

Dans son *Traité de Médecine légale*, Thoinot écrit « qu'on doit entendre par mort subite une mort rapide, sans être nécessairement soudaine et imprévue, survenant soit exceptionnellement chez des sujets en bonne santé réelle, soit ordinairement chez des sujets atteints de maladies chroniques ou aiguës latentes; la terminaison fatale est dans ce dernier cas le signe révélateur unique de la détermination pathologique ignorée jusque-là du sujet et de son entourage ».

Ces définitions nous paraissent trop vastes, sous l'étiquette mort subite elles englobent en somme toutes les morts suspectes. Aussi nous pensons avec M. le Pr Balthazard qu'on doit garder « au mot subit son sens littéral ».

En résumé, ce qui définit, au point de vue médico-légal, la mort subite, c'est sa soudaineté et surtout qu'elle survient sans causes apparentes, sans être précédée de troubles fonctionnels ou trop légers pour avoir inquiété à un moment quelconque le sujet ou les siens. De là vient que cette mort est souvent suspecte, surtout si des circonstances de la scène terminale ou très proches d'elle et les symptômes qu'on y constate peuvent faire soupçonner un accident un suicide ou un crime.

Fréquence des morts naturelles suspectées à tort

Leur nombre en est considérable, que la cause de suspicion réside dans des dénonciations ou dans les

circonstances anormales dans lesquelles la mort s'est produite.

Dans son *Précis de Médecine légale*, M. le Prof^r Balthazard estime à 25 % les morts auxquelles après autopsie à la morgue on a trouvé une cause naturelle.

Nous avons relevé les chiffres de ces 4 dernières années :

ANNÉE 1919

Adultes déposés : 1180.

Morts naturelles : 223, soit 18,9 %,

dont 66 morts subites ou rapides, soit 5,42 %.

Autopsies : 659.

Morts naturelles : 92, soit 13,80 %,

dont 5 morts subites ou rapides, soit 0,76 %.

ANNÉE 1920

Adultes déposés : 1198.

Morts naturelles : 255, soit 21,28 %,

dont 41 morts subites ou rapides, soit 3,42 %.

Autopsies : 743.

Morts naturelles : 150, soit 20,2 %,

dont 11 morts subites ou rapides, soit 1,48 %.

ANNÉE 1921

Adultes déposés : 1165.

Morts naturelles : 262, soit 22,48 %,

dont 42 morts subites ou rapides, soit 3,6 %.

Autopsies : 741.

Morts naturelles : 160, soit 21,6 %,
dont 6 morts subites ou rapides, soit 0,81 %.

ANNÉE 1922

Adultes déposés : 1154.

Morts naturelles : 223, soit 19,32 %,
dont 33 morts subites ou rapides, soit 2,94 %.

Autopsies : 760.

Morts naturelles : 173, soit 22,75 %,
dont 4 morts subites ou rapides, soit 0,53 %.

Si nous résumons les tableaux précédents, nous obtenons, pour l'ensemble de ces 4 dernières années, les chiffres suivants :

Adultes déposés : 4697.

Morts naturelles : 963, soit 20,5 %,
dont 182 morts subites ou rapides, soit 3,87 %.

Autopsies : 2903.

Morts naturelles : 575, soit 19,8 %,
dont 26 morts subites ou rapides, soit 0,895 %.

En décomposant cette statistique selon les sexes, on trouve :

<i>Déposés :</i>	Hommes 3290	Femmes 1407 (1)
Morts naturelles	593 = 18 %	370 = 26 %
Morts subites ou	"	"
rapides	128 = 3,89 %	54 = 3,83 %

(1) Le pourcentage plus élevé des morts naturelles féminines provient des morts de cause abortive.

<i>Autopsies :</i>	Hommes 2047	Femmes 856 (1)
Morts naturelles	372 = 18,16 %	203 = 23,82 %
Morts subites	18 = 0,88 %	8 = 0,93 %

Enfin la fréquence des morts subites ou rapides parmi les morts naturelles est indiquée par les proportions suivantes :

18,89 % pour les corps déposés;

4,52 % pour les cadavres autopsiés.

DEUXIEME PARTIE

Les Morts suspectes, subites ou rapides dans les affections aiguës ou sub-aiguës latentes.

Les causes de mort subite ou rapide sont multiples, les rechercher toutes seraient un sujet trop vaste. Nous ne nous occuperons que des morts suspectes, subites ou rapides, dont la cause réside dans une affection aiguë ou sub-aiguë latente.

Mais si nous laissons de côté les morts subites suspectes consécutives à un état chronique ignoré — cas le plus fréquent — nous voudrions citer l'observation suivante — parce que typique — et qui sera comme la première image de notre thèse.

Il s'agit d'un nommé D..., 22 ans, receveur de tramway. Le 11 juillet 1922, pendant son service, il reçut, au cours d'une discussion avec un charretier, un coup dans la région scrotale à la suite duquel il abandonna son travail. Le médecin de la Compagnie qui le vit à ce moment lui accorda cinq jours de repos, mais en lui recommandant de sortir chaque jour.

Le 15 juillet suivant, pendant une partie de cartes, il fut

pris brusquement d'une hémoptysie extrêmement abondante.

On le transporta immédiatement à l'hôpital, où il arriva sans connaissance à 19 heures et mourut une demi-heure plus tard.

Inutile de dire que tout le monde dans son entourage considéra sa mort comme consécutive aux coups reçus.

Ses parents déclaraient qu'il était d'une forte constitution, qu'il n'avait jamais été malade; de plus, entré assez récemment, après sa démobilisation, au service de la Compagnie, il avait dû subir une visite d'incorporation. Ainsi se posait la question d'homicide par imprudence.

C'est dans ces conditions qu'une enquête fut ordonnée et que M. le P^r agrégé Duvoir fut commis pour pratiquer l'autopsie dont voici les conclusions :

1° La mort du sieur D... est due à la rupture d'une artériole au niveau d'une caverne tuberculeuse du poumon gauche.

2° On ne saurait envisager aucune relation entre cette mort naturelle et les coups que la victime aurait reçus plus de quatre jours auparavant.

3° Ces coups n'ont causé qu'une ecchymose du testicule gauche et peut-être une ecchymose de la région orbitaire gauche.

Les Morts suspectes, subites ou rapides dans les affections latentes, aiguës ou sub-aiguës de l'appareil respiratoire

Pleurésie. — Non seulement les pleurésies sont une cause fréquente de mort subite et imprévue, mais il en est — même diaphragmatiques — qui évoluent dans un silence presque absolu. Aussi donnent-elles souvent lieu à des enquêtes médico-légales.

Brouardel cite le fait suivant : « Un gardien de la paix arrête un individu, celui-ci résiste, lance un coup de poing dans le thorax de l'agent qui tombe et meurt. A l'autopsie on ne trouve pas d'ecchymose sur la ré-

gion thoracique; des témoins affirmaient avoir vu porter le coup, il était avoué par l'individu arrêté. En ouvrant le thorax on découvre un épanchement considérable dans toute l'étendue de la plèvre, comprimant le poumon droit. L'agent était donc, au moment où il procédait à cette arrestation, en imminence de mort subite. Était-on par conséquent fondé à admettre que le coup de poing avait déterminé la mort ? Evidemment il n'avait été que la cause déterminante ».

Pneumonie et broncho-pneumonie. — En 1844, Moutard Martin a le premier attiré l'attention « sur ces pneumonies à marche tout à fait latente, parcourant ses différentes périodes sans empêcher les malades de vaquer à leurs occupations, puis tout d'un coup la mort survient et à l'autopsie on trouve une hépatisation grise plus ou moins étendue des deux poumons ». On sait bien maintenant combien clandestine est souvent l'évolution de la pneumonie, particulièrement chez les vieillards, les alcooliques et les aliénés, mais aussi quelquefois chez l'adulte. D'où intervention médico-légale fréquente, pour peu que les circonstances de la mort aient paru suspectes.

OBSERVATION I

Mort subite. — Suspicion d'accident. — Pneumonie.

B..., âgé de 36 ans, étant en état d'ivresse, tombe le 13 novembre 1921 sur la chaussée devant une voiture qu'il accuse de l'avoir renversé, ce qui était inexact. Quelques jours après, le 17 novembre, il entre à l'Hôtel-Dieu où il meurt le 26.

Mort suspecte, enquête du parquet qui commet M. le P^r agrégé Duvoir pour pratiquer l'autopsie et établir s'il y a relation entre l'accident et la mort :

L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien de particulier et l'examen le plus minutieux, accompagné d'incisions profondes, ne réussit à mettre en évidence aucune ecchymose.

Ouverture du cadavre. — Les cavités pleurales droites et gauches contiennent un peu de transsudat séro-sanguinolent. En outre quelques adhérences pleurales au niveau de la paroi postérieure du poumon droit et un léger exsudat fibrineux sur le poumon gauche. — Le lobe supérieur de ce dernier est le siège d'une bloc de pneumonie arrivée au stade d'hépatation grise. — Les bases des deux poumons sont congestionnées. Les bronches renferment quelques mucosités.

La cavité péricardique contient une faible quantité d'un liquide de transsudat séro-sanguinolent. Le cœur est de volume normal, quelques caillots fibrino-cruoriques dans ses cavités. — Pas de lésions de l'endocarde.

Pharynx et œsophage d'apparence normale. — Au niveau de l'estomac trois petites suffusions sanguines sans importance diagnostique.

Intestin, appendice, pancréas et rate d'apparence normale.

Les reins de volume normal, mais un peu congestionnés, se décortiquent bien. — Les capsules surrénales paraissent saines.

La vessie contient une faible quantité d'urine.

Le crâne et le cerveau ne présentent rien de spécial.

On ne relève aucune fracture sur le squelette.

Conclusion : 1° La mort du sieur B... est due à une pneumonie du lobe supérieur gauche, arrivée au stade d'hépatation grise.

2° En l'absence de toute trace de traumatisme, en particulier au niveau du thorax, il est impossible d'établir une relation de cause à effet entre la pneumonie cause de la mort et l'accident dont le sieur B... a été victime le 13 novembre 1921.

OBSERVATION II

*Mort suspecte. — Présomption d'homicide par imprudence.
Pneumonie.*

Vu la procédure contre X;

Commettons MM. les docteurs Balthazard et Socquet, à l'effet de procéder après exhumation, à l'autopsie du corps du nommé R..., relever le nombre, la nature et le siège des blessures relatées par le docteur A... dans son rapport ci-joint.

Nous renseigner sur la gravité des dites blessures et rechercher quelles ont été les causes de la mort.

Procéder d'une manière générale à toutes constatations utiles et dire notamment si l'hypothèse émise par le docteur A... quant à l'origine des blessures consécutives à une chute au cours d'une crise d'alcoolisme leur paraît vraisemblable.

Examen extérieur du cadavre. — Le cadavre est celui d'un homme de 1^m 71 assez vigoureux et non amaigri. — La putréfaction est commencée, mais fort peu avancée. L'état de conservation du cadavre est excellent et il est possible d'étudier les lésions même les plus minimes.

Nous relevons sur le corps diverses blessures, à la face, aux coudes et aux genoux.

A la face, on trouve une ecchymose qui s'étale au devant du front et présente une coloration rouge vineuse, avec des régions où la teinte devient violacée. Cette ecchymose couvre le front en totalité jusqu'aux arcades sourcilières en bas; elle s'étend même à la paupière supérieure de l'œil gauche. En haut elle remonte dans la région pariétale médiane. Sa largeur est de 13 cm., sa hauteur de 18 cm. — A 4 cm. au-dessus de l'union du tiers interne et du tiers moyen du sourcil gauche, on trouve une plaie oblique externe de 15 mm. de longueur, plaie contuse peu profonde n'atteignant pas le frontal. — De plus, sur la bosse frontale droite, éraflures très superficielles, au niveau desquelles l'ecchymose est plus foncée. — Une petite plaie superficielle de 4 mm. de diamètre sur la crête du nez; au-dessous de cette plaie petite suffusion sanguine de 1 cm. de diamètre. — Immédiatement au-dessous du menton et sur la ligne médiane, la peau est fendue profondément jusqu'au maxillaire sur une largeur de 4 cm.

Aux coudes existent des contusions avec suffusions sanguines sous-jacentes, d'ailleurs peu importantes.

Aux genoux, ecchymoses de 7 cm. de diamètre environ, recouvrant toute la face antérieure des rotules, avec épanchements de sang sous-jacents.

Enfin une ecchymose avec épanchement sanguin abondant siège à la partie moyenne de la crête du tibia droit, et mesure 6 cm. de hauteur sur 4 cm. de largeur.

Nous ferons immédiatement remarquer qu'aucune de ces blessures n'implique l'idée de violences, par leurs sièges elles indiquent toutes des lésions de chute.

Autopsie du cadavre. — Le poumon gauche présente quelques adhérences avec la face convexe du diaphragme, et le poumon droit quelques adhérences avec le dôme pleural. — Les lobes inférieurs des deux poumons présentent une coloration violacée qui tranche sur le ton gris rose des lobes supérieurs. A ce niveau le parenchyme pulmonaire a une consistance accrue. Sur la coupe la pression fait exsuder une grande quantité de sang. Des fragments détachés avec les ciseaux plongent les uns au fond de l'eau, tandis que d'autres surnagent.

Ce sont là les lésions d'une pneumonie bi-latérale à caractère hypostatique; la congestion prédomine surtout; mais il existe déjà une exsudation intra-alvéolaire comme le prouve la densité de certains fragments.

Le cœur est volumineux, toutes ses cavités sont dilatées, surtout les droites. Pas de lésions orificielles; l'aorte est saine.

Estomac, intestin sont normaux.

Le foie hypertrophié pèse 2.000 gr. Sur la coupe on observe des lésions de dégénérescence graisseuse et une cirrhose assez avancée. Ces lésions sont selon toute vraisemblance d'origine alcoolique. — La rate a un volume normal.

Les reins sont congestionnés, la substance corticale légèrement atrophiée, mais pas de lésions scléreuses accentuées.

Pas de fracture, ni fêlure du crâne. Les centres nerveux, les méninges sont intacts.

Discussion. — Le nommé R... présentait des lésions de pneumonie au stade initial de congestion et d'hépatisation rouges. — D'autre part, l'autopsie prouve que le défunt a fait un usage immodéré des boissons alcooliques. Or, il est fréquent chez les alcooliques d'observer au début des maladies infectieuses et surtout de la pneumonie, un délire constitué

par une agitation extrême avec hallucinations et cauchemars.

Sous l'influence de l'encombrement de la circulation pulmonaire et de l'agitation, le cœur s'est laissé forcer et toutes ses cavités se sont dilatées. Il en est résulté une faiblesse qui a occasionné la chute en avant cause des blessures de la face et des genoux.

R... a en effet été trouvé, la face contre terre, sur la pierre qui borde le parquet de la cellule.

Il résulte donc de l'autopsie que R... a succombé à une cause naturelle, dilatation aiguë du cœur au début d'une pneumonie chez un alcoolique, et qu'il ne porte aucune trace de violences ou de mauvais traitements. Les diverses blessures sont dues à la chute sur le sol, elles n'ont pas causé la mort, la chute étant survenue à un moment où déjà la mort était imminente.

OBSERVATION III

Mort suspecte. — Suspicion d'avortement. — Congestion pulmonaire.

M^{me} M..., meurt brusquement, après 2 ou 3 jours d'un malaise — lassitude, courbatures — assez intense pour l'avoir obligée à cesser son travail, mais qu'elle avait mis sur le compte de ses règles qui étaient très abondantes.

Cette mort paraissant suspecte et le permis d'inhumer ayant été refusé, M. le D^r Duvoir fut commis « à l'effet de rechercher les causes de l'accident et d'établir si des responsabilités ont été encourues et par quelles personnes ».

L'aspect extérieur du cadavre présente les marques d'une putréfaction très avancée. Une sérosité sanguinolente sort par les narines et la bouche, un peu de sang s'écoule par la vulve. Rien d'autre à signaler : aucune modification des seins, ni de l'aréole, aucune trace de violences.

Ouverture du cadavre. — La cavité pleurale droite contient une faible quantité d'un liquide citrin. Les deux feuillets de la plèvre gauche sont entièrement soudés par des adhérences anciennes. Les deux poumons, mais plus particulièrement le gauche, sont le siège d'une congestion intense plus marquée, en raison de l'hypostase, aux régions déclives dorsales.

La cavité péricardique contient environ 15 gr. d'un liquide

citrin de transsudat. — Le cœur est de volume normal : pas de lésions orificielles, quelques caillots cruoriques dans le ventricule gauche. Aorte saine. La cavité péritonéale ne contient pas de liquide, n'est le siège d'aucune réaction inflammatoire.

L'estomac et l'intestin ne présentent aucune particularité.

Le foie est plutôt petit. Très putréfié, il paraît atteint de dégénérescence graisseuse. — La rate est normale.

Les reins, de volume moyen, ont un aspect bigarré. Par places leur substance corticale est diminuée. Ils sont le siège de plusieurs petits kystes. Il s'agit d'une néphrite chronique.

Pas de fracture du crâne. Centres nerveux et méninges sont normaux.

Un examen minutieux des organes génitaux a montré les particularités suivantes :

La vulve est oedématiée, mouillée de sang.

Le vagin très putréfié ne porte aucune lésion pouvant répondre à une violence extérieure.

Le col, un peu tuméfié et très putréfié, ne semble pas porter d'autres lésions que des cicatrices anciennes qu'expliquent les quatre grossesses qu'auraient eues la dame M...

L'utérus est un peu augmenté de volume, mesurant environ 10 cm. de haut. Il est vide de tout embryon, de tout débris placentaire. Ses parois ne sont le siège d'aucune lésion traumatique.

L'ovaire droit est normal. L'ovaire gauche contient un corps jaune kystique un peu volumineux.

Interprétation. — L'autopsie du cadavre de la dame M... a montré une congestion intense des poumons avec prédominance au poumon gauche qui était, de date ancienne, adhérent à la plèvre pariétale, et des lésions de néphrite chronique dont la constatation s'accorde avec ce renseignement de l'enquête, que la victime aurait eu « beaucoup d'albumine ».

Les lésions constatées peuvent expliquer la mort, en particulier sous l'action surajoutée d'un processus infectieux général difficile à mettre en évidence sur le cadavre.

Etant donné que la dame M... est morte alors qu'elle présentait un écoulement sanguin génital attribué aux règles, le point important est de rechercher si le point si le point de départ de l'infection possible ne résiderait pas dans une manœuvre abortive.

L'utérus, d'ailleurs vide, était légèrement plus volumineux que normalement; l'ovaire gauche contenait un corps jaune kystique un peu volumineux et enfin des seins, par ailleurs non modifiés, s'écoulait par pression, une gouttelette de lait.

Ce sont là des signes qui peuvent aussi bien correspondre à une simple période menstruelle qu'à un avortement très précoce, surtout chez une femme qui aurait déjà eu quatre enfants.

Médico-légalement il n'est pas possible de trancher la question; mais dans l'hypothèse d'un avortement, rien ne permettrait, en l'absence de toute lésion traumatique des voies génitales, de lui attribuer une origine criminelle.

Conclusions. — 1° L'autopsie de la dame M... a montré une congestion intense des deux poumons et des lésions de néphrite chronique.

2° Ces lésions peuvent expliquer la mort, en particulier si l'on fait intervenir un processus infectieux général difficile à mettre en évidence sur le cadavre.

3° Il n'est pas possible de dire médico-légalement si les modifications d'ordre génital constatées correspondent à une simple période menstruelle ou à un avortement précoce qui pourrait être à l'origine du processus infectieux.

4° Dans cette dernière hypothèse, en l'absence de toute lésion traumatique des voies génitales, rien ne permettrait de conclure à l'origine criminelle de l'avortement.

OBSERVATION IV

Mort suspecte. — Présomption de suicide. — Broncho-pneumonie.

L..., 22 ans, assidu des établissements de nuit, est trouvé un matin chez lui sans connaissance et meurt dans le coma deux jours après. On pense à une intoxication par stupéfiant, d'où enquête qui fait savoir que L... venait d'apprendre qu'il était l'objet de plaintes pour escroquerie et pour émission de chèque non provisionné. Conclusion logique: il s'était suicidé.

C'est dans ces conditions que M. le Dr Duvoir fut commis par le parquet pour pratiquer l'autopsie, dont voici les résultats :

L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien de particulier, en dehors des marques de la putréfaction et des traces des injections faites dans un but thérapeutique. Ainsi on ne constate aucune trace de piqûre ancienne infectée comme il est habituel de trouver chez les toxicomanes.

Un examen minutieux du cadavre, avec incisions multiples, ne permet de relever sur le corps aucune trace de violences se manifestant par des plaques parcheminées ou des ecchymoses.

Ouverture du cadavre. — Le poumon droit est uni à la plèvre par quelques adhérences siégeant en particulier à la face antérieure et moyenne et dans les scissures interlobaires. Il n'existe par contre pas d'adhérences au niveau du poumon gauche.

La muqueuse trachéale est en voie de putréfaction, celle-ci plus marquée vers sa partie inférieure et au niveau des grosses bronches. — A la coupe le poumon présente l'aspect macroscopique d'une broncho-pneumonie arrivée au stade de suppuration : on constate, disséminés dans les deux poumons et assez régulièrement répartis, de multiples noyaux hépatisés dont le centre peut être facilement extrait sous forme d'un magma purulent. Des fragments sont prélevés en vue d'un examen histologique.

Une quantité inappréciable de liquide de transsudat citrin dans le péricarde. — Cœur normal, quelques caillots fibrino-cruoriques dans ses cavités. — L'aorte est normale, sauf deux petites plaques athéromateuses au-dessus des valvules sigmoïdes. — L'artère pulmonaire et ses valvules sont d'aspect normal.

Rien à signaler au niveau des voies digestives. — Pas de lésion d'appendicite. — Le péritoine est sain.

Foie et rate normaux.

L'appareil urinaire ne présente rien de particulier, sauf adhérence de la capsule au parenchyme en deux ou trois points.

Pas de fracture du crâne. Les centres nerveux, les méninges sont sains.

Examen microscopique. — L'étude des coupes de parenchyme pulmonaires pratiquée suivant les méthodes habituelles après inclusion dans la paraffine, a confirmé le diagnostic macroscopique de broncho-pneumonie au stade de suppuration.

On constate en effet, sur les fragments examinés, de véritables abcès formés de leucocytes en majorité polynucléaires. On observe en outre une flore microbienne particulièrement riche et variée, parmi laquelle des diplocoques ayant l'aspect morphologique et les réactions colorantes du pneumocoque, quoique ce diagnostic ne puisse être affirmé en dehors d'un étude bactériologique complète, impossible à réaliser dans le cas actuel.

L'étude des fragments rénaux prélevés a été pratiquée dans les mêmes conditions. Elle a montré l'existence de foyers inflammatoires récents, au milieu d'un tissu de sclérose ancienne, paraissant d'ailleurs jeune.

Etude toxicologique. — Des fragments des divers viscères ont été prélevés et conservés dans des bocaux avec les précautions habituelles, en vue d'un examen toxicologique possible.

Diagnostic et discussion. — L'autopsie du cadavre de L... a montré l'existence d'une broncho-pneumonie à foyers nombreux et disséminés, arrivés au stade de suppuration, c'est-à-dire une lésion grave évoluant selon toute vraisemblance depuis plus de 8 à 10 jours. — L'examen histologique des fragments pulmonaires prélevés a entièrement confirmé ce diagnostic macroscopique. — Ces lésions suffisent à expliquer la mort. Leur manifestation tardive, au milieu d'une santé en apparence parfaite, confirmée par les témoins et la famille, peut étonner; c'est là un fait rare, surtout chez un sujet jeune, ce n'est pas une impossibilité.

Il reste à discuter si les lésions constatées sont la seule cause de la mort et si l'intervention d'un facteur toxique ne doit pas être envisagée, l'hypothèse d'une intoxication par emploi de stupéfiant ayant été soulevée par le médecin traitant.

Il convient donc de discuter les termes du certificat médical délivré par le D^r C... qui figure au dossier de la procédure et dans lequel il dit notamment : « avoir trouvé un malade sans connaissance, en résolution complète, les yeux fermés, la figure un peu bouffie, la respiration calme à 18 à la minute, le pouls à 92.

« A l'examen, absence complète de tous les réflexes, insensibilité absolue au chaud, à la piquûre.

« Rien de spécial sur les téguments; bruits du cœur nor-

maux, un peu mous; aucun râle à l'auscultation des poumons.

« Vessie pleine d'urine.

« Pupille tantôt dilatée, tantôt punctiforme.

« Toute manœuvre pour faire sortir le malade de son coma reste inutile.

« Ayant l'impression d'une intoxication par un stupéfiant sans pouvoir préciser lequel, j'ai fait : piqûres de caféine, lavement purgatif qui a amené une grosse selle remplie de peaux (sans hémorragie).

« Sondage : les urines, 1 litre et demi, ont été portées à examiner pour recherche du corps toxique. Saignée de 300 gr. Un litre de sérum glucosé sous-cutané. Injection sous-cutanée d'oxygène.

« Malgré mes efforts, asphyxie progressive, disparition du pouls. Le malade succombe le 12 février dans l'après-midi. »

Le fait que le malade est mort au milieu de phénomènes d'asphyxie progressive s'accorde bien avec les lésions broncho-pulmonaires constatées à l'autopsie. Les autres signes cadrent, au contraire, mal, au premier abord du moins, avec une mort par broncho-pneumonie.

Le sujet est mort dans un coma profond. Cet état dans lequel la respiration est faible et superficielle peut expliquer la non perception de râles à l'auscultation des poumons, surtout s'il n'était pas possible d'en provoquer l'apparition en faisant, par exemple, tousser le malade.

Quant au coma lui-même, il peut s'expliquer par des phénomènes urémiques d'autant plus vraisemblables que l'examen histologique des reins a montré l'existence de foyers infectieux au milieu de lésions anciennes de sclérose.

L'absence de dyspnée et de toute élévation thermique s'expliquent moins facilement.

L'hypothèse de l'usage d'un stupéfiant expliquerait-elle mieux les anomalies de la symptomatologie clinique ? A la vérité nous ne pensons pas que cette hypothèse eut été soulevée, si le diagnostic de broncho-pneumonie avait pu être posé. Le fait reste cependant possible et le problème ne pourrait être résolu que par une expertise toxicologique dont les résultats ne modifieraient d'ailleurs, en rien à notre avis, le point spécial de la cause de la mort.

Conclusions. — 1° L'autopsie du cadavre de L... a montré l'existence de foyers de broncho-pneumonie disséminés arri-

vés au stade de suppuration, ainsi que des lésions anciennes et récentes des reins.

2° Ces lésions suffisent à expliquer la mort de façon naturelle.

3° Elles n'éliminent pas la possibilité de l'usage d'un stupéfiant, ce que pourrait seule faire une expertise toxicologique.

OBSERVATION V

Mort suspecte. — Suspicion d'accident. — Broncho-pneumonie.

Il s'agit d'un enfant qui ayant succombé très rapidement, après quelques jours de maladies, présentait une petite plaie au niveau de la région temporale gauche, plaie qu'on incrimine être la cause de la mort.

M. le Prof^r Balthazard fut commis pour faire l'autopsie.

Le cadavre est celui d'un enfant de 4 à 5 ans, un peu amaigri. Il porte de nombreuses traces de ventouses sur la partie postérieure du thorax. De plus, on constate qu'il existe une plaie du cuir chevelu dans la région temporo-pariétale gauche. — La plaie a la forme d'un T dans lequel la partie horizontale, constituée par deux traits inégaux, l'antérieur étant le plus petit, mesure 6 cm. de longueur et la partie verticale 4 cm. La largeur de la plaie est de 4 mm. environ. Tout autour on note des rougeurs, s'accroissant au niveau de petites éminences; de plus, toute la région est tuméfiée. La tête est complètement rasée sur tout le côté gauche; une incision chirurgicale semble avoir été pratiquée pour donner issue au pus accumulé sous le cuir chevelu.

Après ouverture du corps, on constate que les deux poumons sont entourés d'une couche de pus épaisse de 2 à 3 mm., pus jaune bien lié.

Sur leur surface externe les deux poumons présentent des zones de coloration foncée, rouge brun, qui répondent à des foyers de broncho-pneumonie. Sur la coupe ces foyers se montrent également colorés en rouge brun et la pression fait sourdre par les bronches des chandelles de pus. Les fragments de parenchyme pulmonaire, prélevés au niveau des foyers, plongent au fond de l'eau.

Le cœur paraît normal, mais il existe de la péricardite,

sous forme de fausses membranes infiltrées de pus, sur la face viscérale du péricarde.

L'estomac est vide. L'intestin n'offre aucune particularité digne d'être notée. Le foie présente des zones de dégénérescence tels que l'on en rencontre dans les maladies infectieuses. La rate est un peu grosse. Les reins sont normaux.

Pas de fracture du crâne. Les méninges, un peu congestionnées, sont indemnes de toute inflammation.

Pas de lésions apparentes des centres nerveux.

On ne trouve pas non plus de foyer purulent sous le cuir chevelu dans la région temporale gauche.

Discussion. — Le jeune B..., d'après les renseignements contenus dans le dossier, est tombé malade le 28 août et a succombé le 3 septembre. Or, il est manifeste, à voir les lésions de broncho-pneumonie et de pleurésie purulente, que la maladie évoluait depuis plus de 6 jours lorsque l'enfant est mort. C'est donc que depuis quelques jours déjà les lésions évoluaient d'une façon latente. La suppuration qui est survenue au niveau d'une plaie insignifiante de la région temporale gauche apparaît donc plutôt comme une conséquence de la broncho-pneumonie que comme une cause de cette affection. — En tout cas il est certain que la contusion de la tête a été très légère et qu'il n'existait ni fracture du temporal, ni méningite.

Conclusions. — 1° Le jeune B... a succombé à une broncho-pneumonie qui évoluait déjà depuis quelques jours d'une façon latente.

2° La contusion de la région temporale dont il était atteint était bénigne et n'a certainement eu aucune influence sur la mort.

3° Il n'existait ni fracture du crâne, ni méningite.

La Mort subite suspecte dans les affections latentes aigues ou sub-aigues de l'appareil digestif

Fréquemment des affections du tube digestif évoluent dans une latence presque absolue et se terminent brusquement par la mort au milieu souvent de symp-

tômes dramatiques qui parfois éveillent dans l'entourage, en raison de circonstances particulières, des soupçons d'empoisonnement. Il s'agit ordinairement d'affections chroniques — ulcère de l'estomac, de l'intestin, obstruction ou occlusion intestinale, etc. — qui sont longtemps bien supportées sans grandes souffrances, sans troubles fonctionnels marqués, jusqu'à l'épisode aigu terminal. Qui n'a lu la mort foudroyante d'Henriette d'Angleterre « Madame se meurt, Madame est morte ». S'il faut en croire Littre, elle aurait succombé à un ulcère perforant de l'estomac. Les faits de ce genre abondent, qui sont liés à une affection chronique de l'appareil digestif, il est plus rare qu'un état aigu ou sub-aigu et latent soit en cause. Pourtant Brouardel avait déjà attiré l'attention sur la mort subite dans les affections aiguës du pharynx, qu'il attribuait à des phénomènes de spasme, à l'inhibition.

OBSERVATION VI

Mort suspecte. — Suspicion d'intoxication. — Angine phlegmoneuse.

B..., 36 ans, à plusieurs reprises avait été gazé par l'ypérite au cours de la guerre et pour cette raison avait été plusieurs fois hospitalisé. Le 16 février 1922, dans l'après-midi, il est pris subitement d'un violent mal de gorge qui l'oblige à cesser son travail. Rentré chez lui, il se couche et meurt le lendemain matin en quelques minutes, au milieu d'une violente crise d'étouffement. Pour son entourage cette mort est la conséquence de l'intoxication par l'ypérite. Un médecin intervenu après le décès pense à une crise d'urémie et le médecin d'état civil, bien que se rangeant à cet avis, mais faute d'éléments d'appréciation suffisants, refuse le permis d'inhumer,

Le parquet commet M. le Dr Duvoir pour pratiquer l'autopsie. En voici les résultats :

Aspect extérieur du cadavre. — Le cadavre est celui d'un homme paraissant âgé de 35 à 40 ans. La rigidité cadavérique a disparu aux membres supérieurs, mais persiste aux membres inférieurs. Les lividités siègent aux parties déclives du décubitus dorsal. La putréfaction se manifeste extérieurement par l'aspect verdâtre des téguments de l'abdomen.

On ne relève extérieurement aucune trace de violences, en dehors d'une égratignure de la partie antérieure du cou audessous du larynx.

Ouverture du cadavre. — Les amygdales paraissent augmentées de volume; leur section permet de constater qu'elles sont le siège de multiples abcès dont le pus à la pression fait issue à l'extérieur. Les parois de la glotte et de l'épiglotte sont tuméfiées et leur section permet de constater un œdème interstitiel très accusé, ainsi que, à gauche, un abcès du volume d'une petite amande.

La plèvre droite présente de nombreuses adhérences; la plèvre gauche est libre; pas d'épanchement pleural. Les poumons sont putréfiés; ils sont très congestionnés, surtout à leurs parties déclives, mais on ne constate, du moins macroscopiquement, aucune lésion de tuberculose ou de bronchite chronique, ou de sclérose.

Le péricarde paraît sain, la cavité péricardique contient environ une cuillerée à soupe d'un liquide de transsudat citrin. Les parois du cœur sont flasques; les cavités sont vides de sang. Pas de lésions orificielles.

L'appareil digestif ne présente rien de particulier, réserve faite de l'aspect hémorragique sur 6 cm. environ d'une anse grêle avec teinte brunâtre des matières à ce niveau.

Le foie, très putréfié, ne présente aucune autre particularité, mais la vésicule biliaire est bourrée de calculs.

La rate est volumineuse, mais très putréfiée déliquescente.

Les reins ont une apparence congestive très accusée. — Les capsules surrénales très putréfiées semblent normales.

Crâne et centres nerveux sont normaux. A signaler seulement l'état congestif du cerveau.

Examen histologique. — L'examen cytologique du pus a montré seulement des globules blancs très altérés.

Diagnostic et discussion. — L'autopsie de B... a mis en évidence une suppuration des amygdales et un abcès de la

paroi du larynx (côté gauche) avec infiltration œdémateuse de la glotte et de l'épiglotte.

Ces lésions expliquent la mort et s'accordent parfaitement avec : a) la symptomatologie décrite dans la procédure : violent mal de gorge, fièvre, vomissements.

b) L'épisode terminal qui semble avoir été un spasme de la glotte œdématisée; en effet, d'après la procédure : « le sieur B... s'est mis à crier qu'il étouffait, il avait les yeux révulsés, il portait ses mains à sa gorge ». C'est sans doute dans ce geste qu'a été faite l'égratignure constatée à la partie antérieure du cou.

c) Les autres constatations de l'autopsie : congestion du poumon et du cerveau due à l'asphyxie et syndrome hémorragique intestinal peuvent relever de la gravité de l'infection, dont une autre preuve est fournie par la rapidité de l'évolution morbide.

Il ne semble pas que l'affection qui a causé la mort puisse être rattachée à l'intoxication par les gaz dont B... aurait été victime pendant la guerre.

Conclusions. — 1° La mort du sieur B... est naturelle.

2° Elle est due à une angine phlegmoneuse avec abcès de la glotte et infiltration œdémateuse des parois du larynx.

OBSERVATION VII

Mort subite. — Présomption d'accident. — Appendicite toxique.

Je soussigné, V. Balthazard, médecin expert, professeur de médecine légale, etc.;

Le cadavre est celui d'un homme paraissant bien conservé, mais assez amaigri. La putréfaction est assez avancée, la mort remontant vraisemblablement au 12 mars.

On ne trouve sur toute la surface du corps aucune trace de violences. Nous avons examiné avec un soin tout particulier les parties latérales de la poitrine, où l'on pourrait penser d'après certains témoignages que M... avait reçu un coup de manche de fourche. Il n'existe aucune trace de cette contusion : pas d'ecchymose, pas de fracture de côtes ancienne ou récente.

A l'ouverture du cadavre, on constate qu'il n'existe pas de

pleurésie. Les poumons sont œdématisés, mais ne renferment pas de foyer d'hépatisation.

Le cœur est volumineux, dilaté dans toutes ses cavités, surtout les droits. Il pèse 385 gr. (au lieu de 280 gr. normalement). Il est évident que la mort de M... a été causée par une syncope, provoquée par le mauvais état du muscle cardiaque, qui s'est laissé forcer sous l'influence d'une maladie toxi-infectieuse que nous décrirons plus loin.

Le foie est volumineux : 2.050 gr. au lieu de 1.400 gr.

La rate est également un peu augmentée de volume.

Légre èsclérose rénale.

L'intestin présente un aspect des plus remarquables : il est entièrement vide de matières fécales, affaissé sur lui-même, comme flétri. Il est évident que depuis un certain temps, M... ne prenait aucun aliment. — Des lésions remarquables siègent au niveau de l'appendice vermiforme. Tout d'abord il n'existe aucune collection purulente autour de l'organe, non plus qu'en arrière du cœcum. Mais l'appendice est tuméfié, augmenté de volume, adhérent à la fosse iliaque interne. On constate en introduisant un stylet par le cœcum que la lumière de l'appendice est oblitérée au voisinage du cœcum et que l'organe au lieu de constituer un diverticulum du cœcum est transformé en cavité close. Sur la coupe l'appendice présente des parois épaissies, œdématisées, mesurant 3 mm. environ d'épaisseur; la muqueuse est grisâtre, comme sphacelée. Cependant l'état de la putréfaction ne permet pas une appréciation exacte des lésions. Enfin à l'intérieur de la cavité close on trouve un petit corps étranger ayant les dimensions d'un pépin de raisin, constitué par des matières fécales durcies.

Discussion. — Les lésions découvertes à l'autopsie sont celles d'une appendicite toxi-infectieuse, non perforante, qui a déterminé des lésions graves du cœur et la mort par syncope.

La vacuité complète de l'intestin prouve que M... était depuis longtemps dans l'impossibilité absolue de s'alimenter. Or, les renseignements réunis par l'enquête confirment entièrement cette façon d'interpréter les lésions viscérales. On apprend en effet que le cadavre de M... a été découvert le 14 mars 1910 vers 9 heures du matin et que cet individu n'avait pas été vu depuis le 12 mars dans la matinée. On a trouvé le cadavre couché sur le lit, les jambes pendant à terre,

dans la position d'un homme qui est tombé à la renverse en arrière au moment où il cherchait à mettre son pantalon pour se lever; la main gauche retenait encore le pantalon et le cadavre était vêtu seulement d'une chemise et d'un caleçon. — Sous le lit était un vase de nuit dans lequel on a trouvé un ascaride au milieu de la matière fécale.

M... travaillait depuis la fin novembre 1909 comme garçon d'étable chez un nourrisseur. Vers le 5 mars il a interrompu son travail, en se plaignant de maux de tête et il s'est alité; le lendemain il reprit son travail, mais le malaise persistant il se reposa deux jours, puis quitta complètement sa place, refusant d'aller voir un médecin malgré les conseils de sa patronne. Celle-ci déclare que le 5 mars il avait vomé un peu de thé qu'elle lui avait préparé. Elle dit en outre qu'elle a été frappée par son visage décomposé et qu'elle a pensé à un empoisonnement.

Le camarade de travail lui ayant ensuite apporté un bol de bouillon, il ne put le prendre, car les vomissements survinrent aussitôt.

Enfin M... s'est plaint à plusieurs personnes d'une douleur dans le côté droit.

Tous ces renseignements concordent pour montrer que M... a bien présenté avant sa mort les symptômes habituels de l'appendicite : douleur dans le côté droit, vomissements, inappétence et même impossibilité absolue de s'alimenter, maux de tête, malaise général, apparence d'intoxication profonde de l'organisme. La mort est survenue seulement une dizaine de jours après le début de la maladie et a été la conséquence d'une myocardite toxique, complication souvent observée au cours des appendicites graves.

Conclusions. — 1° M... a succombé aux complications cardiaques d'une appendicite à forme toxi-infectieuse.

2° Les symptômes qu'a présentés cet individu pendant les dix derniers jours de sa vie sont bien ceux de l'appendicite.

3° Aucune constatation ne permet de confirmer les renseignements un peu imprécis, relatifs au coup de manche de fourche dont M... aurait été atteint.

OBSERVATION VIII

Mort suspecte. — Péritonite par streptocoque.

Le 17 février 1907 une dame C... décédait d'une péritonite à l'Hôpital Beaujon, où elle était hospitalisée depuis le 14 février. Le mari demanda qu'une enquête fut faite, l'autopsie pratiquée, prétendant que la péritonite pourrait être le résultat d'une blessure faite au cours d'un examen à la Pitié — examen au spéculum, toucher, hystérométrie — où la dame C... était venue consulter le 13 février. De plus, le cadavre présentant des lésions apparentes au niveau du menton et des coudes, M. C... tenait à ce qu'il fut établi que ces lésions avaient été faites après l'entrée à l'Hôpital.

C'est dans ces conditions que M. le Prof^r Balthazard fut commis pour pratiquer l'autopsie.

Le cadavre est celui d'une femme petite, de faible corpulence, dont la face est très amaigrie. — La rigidité musculaire a cessé et le début de la putréfaction se traduit par l'existence d'une tache verte au niveau de la fosse iliaque droite.

Sous le menton on aperçoit une plaque parcheminée brunâtre dont le grand axe transversalement dirigé a 2 cm., tandis que le petit axe mesure 1 cm. Il existe également des plaques parcheminées aux deux coudes, aux deux genoux, aux deux pieds : celle des coudes siègent à la face postérieure du bras et mesurent 3 cm. de diamètre ; celles des genoux siègent sur les faces antérieures des rotules et mesurent également 3 cm. On trouve enfin deux petites plaques parcheminées de 8 mm. de diamètre à la partie externe du dos des deux pieds, un peu en avant des malléoles externes. Enfin, sur l'abdomen, on observe des lamelles de collodion qui semblent être la trace d'un collodionnage étendu sur le ventre ; sur toute la partie gauche de l'abdomen, large plaque parcheminée. Il n'existe aucune suffusion sanguine dans les tissus sous-jacents à ces plaques parcheminées.

Après ouverture du cadavre, on constate que les poumons sont volumineux, œdédiés, et que la cavité péritonéale présente les signes d'une réaction inflammatoire aiguë. Les deux poumons présentent quelques adhérences pleurales au niveau des sommets qui renferment de nombreuses lésions de tuberculose fibreuse et crétacée. Ils sont œdédiés et conges-

tionnés dans toute leur étendue, mais l'œdème prédomine à la partie antérieure où le parenchyme garde l'empreinte du doigt, tandis que la congestion est surtout accentuée à la partie postérieure.

Le cœur est petit, d'aspect normal, contenant des caillots agoniques.

Le péritoine renferme un liquide sanieux assez abondant qui, dans le petit bassin, et surtout dans le cul-de-sac de Douglas, a les apparences d'un pus jaunâtre épais et bien lié. Sur les anses intestinales, des fausses membranes peu abondantes les agglutinent modérément entre elles.

L'estomac et l'intestin renferment un liquide abondant, jaunâtre, non grumeleux; pas de matières fécales solides. La paroi de l'intestin est congestionnée sur toute sa longueur; il existe des adhérences anciennes entre l'S iliaque et l'ovaire et la trompe gauche.

L'ovaire gauche contient un petit kyste et un corps jaune en voie de régression; l'ovaire droit est scléreux. L'utérus a un volume normal, mais renferme un polype fibreux de la grosseur d'une noix; ce corps fibreux pédiculé, qui s'est développé dans l'intérieur de la cavité utérine, s'insérant près du fond de l'organe, tend à sortir de cette cavité, si bien que le col s'est dilaté et présente un orifice large de 3 cm. au niveau duquel apparaît le polype. Il n'existe aucune trace de lésion traumatique dans la cavité utérine et sur le vagin. On observe seulement sur la paroi postérieure du vagin un petit abcès sous-muqueux bien circonscrit de 2 à 3 mm. de diamètre.

Les reins, le foie ont des dimensions normales, ils présentent à la coupe une coloration jaunâtre due sans doute à une dégénérescence infectieuse.

La cavité crânienne et le cerveau ne présentent rien de particulier.

L'examen bactériologique du pus, malgré l'intervalle de 80 heures environ entre le décès et l'autopsie, a montré la présence de streptocoques.

Discussion. — La dame D... a succombé à une péritonite aiguë à streptocoque à point de départ génital.

Il est certain que depuis longtemps existait une infection chronique de l'utérus et de ses annexes, entretenue par la présence du polype qui avait dilaté et effacé le col, ouvrant ainsi largement la porte aux infections d'origine vaginale. D'où développement d'une salpingite gauche chronique avec

adhérence de la trompe à l'S iliaque. C'est à ce niveau que s'est manifesté une poussée aiguë de salpingite ou de péri-salpingite avec propagation au cul-de-sac de Douglas, coïncidant avec une poussée aiguë de métrite qui avait conduit la malade à consulter à la Pitié. La péritonite s'est ensuite généralisée et a provoqué la mort.

Reste à expliquer la présence sur le cadavre de plaques parcheminées. Celles-ci se produisent toutes les fois qu'une surface épidermique a été arrachée soit avant, soit après la mort; elles résultent d'une dessiccation de la peau qui n'est plus protégée par l'épiderme. Si donc les lésions épidermiques résultent de blessures légères faites pendant la vie, il n'existera pas de suffusion sanguine et les plaques parcheminées auront le même aspect que si elles avaient été faites après la mort.

Il est donc impossible, dans le cas particulier, de dire si les plaques parcheminées constatées sur le cadavre de la dame D... ont été faites avant ou après la mort. Il est probable, toutefois, qu'elles sont post-mortem : celle qui existe sous le menton résulte sans doute de la pression de la baudruche que l'on a coutume de placer pour empêcher l'écartement des mâchoires; les autres ont été provoquées probablement par une manipulation un peu brutale du cadavre : « le nombre des cadavres oblige à en poser plusieurs sur chaque dalle et celui de M^{me} D... était tombé de la dalle qui le supportait par suite de la position défectueuse qu'on lui avait sans doute donnée ». (Dépôt de M. B..., garçon d'amphithéâtre de l'Hôpital Beaujon.)

Conclusions. — 1° La dame D... a succombé à une péritonite aiguë à streptocoques, ayant pris son origine au niveau de l'utérus atteint de polype avec métrite chronique.

2° Le cadavre ne porte aucune lésion qu'on puisse rapporter à une violence faite pendant la vie.

La mort subite et suspecte dans les affections latentes, aiguës ou sub-aiguës du rein

Si le rein est une cause fréquente de mort subite, le plus souvent il s'agit de lésion chronique et c'est à

l'urémie qu'il faut rapporter symptômes et mort, celle-ci souvent soupçonnée d'être due à un empoisonnement.

Il est plus rare que des affections rénales aiguës évoluent silencieusement vers une mort subite. En voici pourtant un exemple :

OBSERVATION IX

Mort rapide. — Suspicion d'empoisonnement. — Pyelonephrite calculeuse suppurée double.

La jeune D... est décédée le 2 mai 1908 après avoir souffert pendant quelques jours de violentes coliques qu'on avait rapportées à une intoxication alimentaire, notamment par du saucisson.

M. le Prof^r Balthazard fut commis pour pratiquer l'autopsie :

L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien de particulier en dehors des marques d'une putréfaction assez avancée. — Aucune trace de violences.

A noter la maigreur squelettique de la jeune D...

A l'ouverture du cadavre on constate que les poumons sont libres d'adhérences, qu'ils renferment quelques infarctus dans leur parenchyme, lésions récentes, mais qu'il n'existe aucune lésion tuberculeuse en évolution.

Cœur normal; quelques caillots, cruoriques dans les cavités droites, fibrineux et décolorés dans les cavités gauches.

Pas de péritonite suppurée, mais la séreuse en bien des points est congestionnée, surtout dans le petit bassin et sur les parties latérales correspondant aux loges rénales.

Le rectum renferme à sa partie inférieure, contre l'anus, une boule de matières fécales de la grosseur d'un œuf de poule, dures et sèches; tout le côlon descendant est rempli de scyballes dures, arrondies, de la dimension d'une cerise à une noix.

Au contraire, le côlon transverse, ascendant, l'intestin grêle renferment un contenu diarrhéique abondant qui a reflué

jusque dans l'estomac. Il existe en effet 300 à 400 gr. d'un liquide fécaloïde dans l'estomac.

L'appendice est intact, sans corps étranger.

Les plaques de Peyer ne sont pas hypertrophiées, mais les ganglions mésentériques sont gros et présentent une coloration violacée.

On trouve des altérations rénales considérables. Le rein gauche renferme une série de logettes communiquant avec le bassin; l'une de ces logettes renferme deux petits calculs phosphatiques, les autres sont remplies d'urine purulente. La substance rénale est très amincie, du moins par places. Mêmes altérations dans le rein droit, d'où l'on extrait une douzaine de calculs phosphatiques, de dimensions variant de celles d'un pois à celles d'un haricot; un seul a un volume plus considérable et mesure environ 5 cm. de diamètre; il a, d'ailleurs, une forme ramifiée et se trouve complètement encastré dans le parenchyme rénal.

Il existe des altérations des uretères qui sont dilatés, de la vessie atteinte de cystite, de l'urèthre dont le diamètre est accru et dont la muqueuse est congestionnée.

Les centres nerveux sont congestionnés, mais on ne trouve pas trace de méningite.

Discussion. — L'autopsie permet d'écarter d'une façon définitive l'hypothèse d'une intoxication par le saucisson incriminé. La mort est bien la conséquence d'une intoxication, mais d'une auto-intoxication consécutive aux fermentations dans l'intestin liées à une constipation qui durait déjà depuis longtemps.

Il s'est donc agi d'obstruction intestinale, dont la cause réside d'une part dans un spasme du sphincter anal; d'autre part dans une paralysie de l'intestin, provoqués l'un et l'autre par la lithiase rénale.

C'est en effet la migration des calculs des deux reins à travers les uretères qui causaient ces maux de ventre terribles dont se plaignait la jeune D... et qui lui arrachaient des cris. C'est également à l'élimination des calculs qu'il faut rapporter les brûlures aux organes génitaux signalées par le père, et qui survenaient plusieurs jours chaque mois.

Ainsi donc il existait depuis longtemps chez la jeune D... une série de symptômes graves et alarmants, et quand les parents déclarent que sans être parfaite, la santé de leur

enfant était assez satisfaisante, ils prouvent seulement qu'il est difficile de troubler leur quiétude.

Conclusions. — 1° La mort de la jeune D... est la conséquence d'une pyelo-néphrite double calculeuse suppurée qui s'est compliquée d'obstruction intestinale.

2° Aucune intoxication alimentaire ne saurait être incriminée.

La mort subite suspecte dans les affections latentes, aiguës ou sub-aiguës du cœur

Nous serons bref à ce sujet. En effet ou il s'agit de mort subite consécutive à une affection chronique du cœur et des vaisseaux : myocardite, endocardite chronique, coronarite, aortite, anévrisme, etc..., ou bien c'est une péricardite ou surtout une myocardite aiguë ou sub-aiguë qui est en cause, mais celle-ci représente presque toujours une localisation secondaire d'une infection générale.

On connaît les morts subites dans la diphtérie; d'abord attribuées à une lésion du système nerveux, il semble bien qu'elles soient en réalité dues à des altérations du myocarde — myocardites précoces ou tardives — que révèlent les lésions trouvées à l'autopsie. L'électrocardiographie, d'ailleurs, a montré la fréquence des troubles de la conductibilité dans la diphtérie : retard dans le passage de la contraction : blocage, dissociation.

Ce que nous disons de diphtérie se retrouve dans toutes les infections, en particulier dans la fièvre typhoïde, comme nous en verrons des exemples. Lu-

tembacher, en effet, étudiant la bradycardie dans la fièvre typhoïde, a montré « que même dans les formes les plus communes de la fièvre typhoïde, la toxine touche le myocarde et plus particulièrement le faisceau de His qui, de même que dans la diphtérie, constitue un réactif sensible de l'imprégnation toxinique ».

Il existerait pourtant une myocardite sub-aiguë primitive, décrite par Josserand et Gallavardin, qui débiterait brusquement par de l'anhélation une embolie cérébrale ou pulmonaire, et qui ainsi pourrait être à l'origine d'une mort subite et imprévue. Mais il semble bien que cette myocardite, qui se développerait chez des adultes de 20 à 25 ans sans antécédents rhumatismaux, typhiques ou infectieux, doive être rattachée à une infection car les auteurs qui l'ont décrite ont, dans certains cas, incriminé la syphilis ou la tuberculose.

La mort subite suspecte dans les affections latentes, aiguës ou sub-aiguës, du système nerveux

Les lésions de l'appareil cérébro-spinal sont souvent à l'origine d'une mort subite ou imprévue. On a pu incriminer, en particulier, des abcès du cerveau, des tumeurs cérébrales, des compressions médullaires par un mal de Pott, affections chroniques qui avaient évolué dans un silence absolu.

Pour invraisemblable que cela paraisse à qui a observé les atroces souffrances qui accompagnent la méningite aiguë, il en existe d'absolument latentes se ter-

minant brusquement par une mort inopinée et dont l'autopsie seule permet de faire le diagnostic.

Et ce n'est pas là un fait exceptionnel; tous les traités de médecine légale en relatent de nombreux exemples.

OBSERVATION X

Mort suspecte. — Suspicion d'accident. — Méningite.

Le jeune V..., se promenant à bicyclette fut, le 17 août 1919, renversé et blessé à la tête par une automobile. Immédiatement après cet accident il fut pris de vomissements, se plaignit de vertiges, de surdité de l'oreille droite et surtout d'une violente céphalée. Tous ces symptômes disparurent rapidement sauf la surdité, pour laquelle il fut traité par un spécialiste, et la céphalée. Brusquement, le 29 mai 1920, il décède après 4 jours de maladie, au cours de laquelle il avait présenté de l'hémiplégie gauche.

On incrimina d'autant plus facilement l'accident comme cause de la mort que depuis le 17 août le jeune V... n'avait cessé de se plaindre de souffrir de la tête.

C'est dans ces conditions qu'une enquête fut faite et M. le Prof^r agrégé Duvoir fut chargé de pratiquer l'autopsie.

L'aspect extérieur du cadavre, en dehors des marques de la putréfaction, des lividités cadavériques, ne présente rien de particulier, sauf : quelques taches pityriasiformes sur la parties supérieure droite du thorax, — quelques petite plaques parcheminées au niveau du coude gauche, — une syndactylie du 2^e et 3^e orteil gauche.

A l'ouverture du cadavre on constate : que larynx et trachée contiennent un peu de spume. Les poumons sont congestionnés; à la coupe on constate un peu de trachiolite sous forme de gouttelettes d'aspect purulent s'échappant des sections bronchiques et un peu d'œdème pulmonaire. Quelques fines adhérences unissent poumon et plèvre pariétale droite.

Cœur, péricarde, aorte sont d'aspect normal.

L'appareil digestif et ses annexes paraissent sains. La rate semble légèrement hypertrophiée. Le foie est normal.

L'appareil urinaire ne présente rien de particulier.

Rien au cuir chevelu, ni à l'épocrâne. Pas de fracture du crâne ancienne ou récente. La calotte crânienne enlevée on constate l'existence d'une nappe purulente entourant le cerveau, plus marquée sur la convexité, aux régions pariétales, et à la base le long des vaisseaux. Il s'agit manifestement d'une méningite aiguë. L'examen du cerveau et du cervelet est négatif : les coupes ne mettent en évidence aucune lésion macroscopiquement appréciable.

Les oreilles moyennes droite et gauche ainsi que les mastoïdes sont trépanées : on ne constate pas d'inflammation ou de suppuration.

Conclusions. — 1° V... est mort de méningite aiguë.

2° La trépanation des oreilles moyennes et des mastoïdes droite et gauche n'a mis en évidence aucune lésion macroscopiquement appréciable.

OBSERVATION XI

Mort suspecte. — Suspicion d'empoisonnement. — Méningite et pneumonie.

Je soussigné, V. Balthazard, Prof^r de médecine légale à la Faculté de Médecine, etc. :

Le cadavre est celui d'une femme de 26 ans ne paraissant pas amaigrie. La putréfaction est assez avancée, mais ne gêne cependant pas pour reconnaître les lésions viscérales.

Sur le corps aucune trace de violences.

A l'ouverture du thorax, on constate que les poumons présentent des lésions de pneumonie double aux lobes inférieurs; ces lobes détachés et jettés dans l'eau plongent au fond en totalité. Sur la coupe les poumons sont rouges, gonflés de sang, compacts. Ce sont là les lésions de l'hépatisation rouge qui caractérisent le début de la pneumonie.

Le cœur est dilaté, surtout dans ses cavités droites; le muscle cardiaque est pâle et il paraît exister de graves lésions de myocardite.

L'estomac est vide. Foie et rate sont légèrement hypertrophiés, mais sans lésions appréciables.

Les reins sont normaux.

L'utérus est vide, aucune trace d'avortement.

Les centres nerveux présentent des lésions qui expliquent les symptômes accusés dans ses derniers moments par la dame C...

Il existe en effet une distension très prononcée des ventricules cérébraux par le liquide céphalo-rachidien; on trouve également une quantité très abondante du même liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Toutefois, il n'existe pas de pus dans les méninges; il s'agit d'une méningite séreuse ou plutôt d'une réaction méningée sans suppuration franche.

En conséquence la mort de la dame C... est due à des accidents méningés au cours de l'évolution d'une pneumonie méconnue.

Le Dr M... avait ordonné la potion suivante :

Bromure de potassium : 10 gr.

Hydrate de chloral : 10 gr.

Extrait de cannabis : 0,10 centgr.

Extrait de jusquiame : 0,10 centgr.

Julep : Q. S. pour 150 c. c.

Une cuillerée à soupe toutes les cinq heures dans une infusion de tilleul.

Cette ordonnance est correctement formulée, les doses qu'elle prescrit n'ont rien d'excessif.

La dame C... a absorbé une cuillerée, mais l'a immédiatement rendue. Elle a pris une seconde cuillerée qu'elle a gardé et s'est endormie aussitôt; la dame C... est morte peu de temps après sans avoir donné aucun signe de connaissance.

Une cuillerée de la potion correctement préparée pouvait produire un effet soporifique, mais ne pouvait pas présenter d'action toxique.

La mort est donc naturelle et due à l'affection dont la dame C... se plaignait déjà depuis le 27 février (la mort est du 1^{er} mars) et qui occasionnait de si violents maux de tête.

Conclusions. — 1° La dame C... a succombé à des accidents méningés survenus au cours de l'évolution d'une pneumonie.

2° La potion qu'elle a absorbée n'a pas eu et ne pouvait avoir d'action toxique.

La mort subite dans les maladies infectieuses aigues ou sub-aigues

Rien ne ressemble plus à une intoxication, et particulièrement à un empoisonnement par l'arsenic, comme le choléra. On comprend, surtout quand il s'agit de cas foudroyants et avant que la notion d'épidémie ne soit établie, que les premiers décès cholériques soient souvent suspects. Tardieu prétend même que bien des fois les assassins, pour se débarrasser de leurs victimes sans éveiller de soupçons, auraient profité de l'invasion du choléra.

Une mort très imprévue et souvent fort suspecte, c'est celle qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde.

Il ne saurait être question ici des morts subites au cours d'une fièvre typhoïde reconnue. Mais il est des dothiéntéries, décrites d'ailleurs par les auteurs sous le nom de typhus levissimus, typhus ambulatorius, qui évoluent dans un tel silence qu'elles passent inaperçues de l'entourage et même du médecin. Tout au plus si le malade qui se lève, va, vient, vaque à ses occupations se plaint d'un peu de lassitude, de céphalée, d'une diarrhée légère, et brusquement il meurt dans une syncope. Parfois la mort est due à une perforation, une hémorragie intestinale, le plus souvent c'est à des altérations du myocarde que doit être imputée la brusque terminaison fatale.

Nous avons vu plus haut avec quelle fréquence la toxine typhoïdique touchait le myocarde.

« Velich a noté que la fièvre typhoïde fut trouvée 36 fois dans les autopsies judiciaires faites à l'Institut du P^r Reinsberg, pour mort suspecte. 27 fois aucun malaise précurseur n'avait annoncé l'événement fatal. Le plus souvent les accidents mortels éclatent dans la 3^e semaine, puis comme fréquence 2^e et 4^e semaine » (Thoinot. *Précis de Médecine légale*).

En voici deux exemples :

OBSERVATION XII

Mort suspecte. — Fièvre typhoïde.

Je soussigné, V. Balthazard, Prof^r de médecine légale à la Faculté de Médecine, etc. :

Le cadavre est celui de la jeune M..., âgée de 14 ans.

Des renseignements recueillis de l'enquête, il résulte que cette jeune fille s'était rendue il y a un mois à Cette pour changer d'air en raison de son état de santé. Le 22 décembre, une de ses sœurs alla la rejoindre et la trouva en bonne santé; pourtant quelques jours auparavant elle avait eu une forte diarrhée et un malaise persistant qui l'avait affaiblie; elle avait présenté de la paralysie. Un médecin consulté déclara qu'elle pouvait retourner à Paris.

Le voyage se passa sans incident jusqu'à Dijon. Un peu avant Laroche elle eut une syncope et mourut (10 janvier à 6 heures du matin).

La putréfaction est assez avancée, bien que le corps ait été transporté à la morgue le jour même du décès : tache verdâtre sur l'abdomen, traînées verdâtres dessinant le trajet des veines. Développement de gaz abdominaux et foie nageur parsemé de cavités remplies de gaz.

Aucune trace de violences; teint très pâle; taille 1 m. 45. Hymen semi-lunaire intact; utérus vide.

A l'ouverture du corps on constate que la rate est hypertrophiée, noire, friable, et qu'elle pèse 280 gr.

Les ganglions lymphatiques du mésentère sont également

hypertrophiés et certains ont les dimensions d'une petite bille.

L'intestin grêle est congestionné dans sa partie terminale. Après l'avoir ouvert nous constatons que les plaques de Peyer sont hypertrophiées, saillantes, indurées et ulcérées. Ces lésions qui caractérisent une fièvre typhoïde, indiquent une maladie parvenue à la fin du 3^e septennaire.

Estomac vide. Pas de lésions appréciables du foie, des reins, des capsules surrénales, en raison de la putréfaction.

Les poumons sont fortement congestionnés ; les lésions d'emphysème visibles à la surface sont d'ordre putréfactif.

Le cœur est petit ; ses cavités sont remplies de sang. La couleur du myocarde est feuille morte et la décoloration du muscle est très remarquable. C'est dans cette grave myocardite, complication de la fièvre typhoïde non soignée, qu'il faut placer la cause de la syncope mortelle.

Les centres nerveux sont intacts.

Le sérum prélevé à l'autopsie n'a pas agglutiné le bacille d'Eberth en dilution à 1/20.

Conclusions. — 1° La jeune M... était atteinte d'une fièvre typhoïde parvenue à la fin du 3^e septennaire.

2° La mort est due à une syncope provoquée par la myocardite, complication de la fièvre typhoïde non soignée.

OBSERVATION XIII

Mort suspecte. — Fièvre typhoïde.

Je soussigné, V. Balthazard, Prof^r de médecine légale à la Faculté de Médecine, etc. :

Le cadavre est celui d'une jeune fille de 18 ans, de taille de 1 m. 58, de complexion moyenne, non anaigrie.

D'après les renseignements de l'enquête, la fille R... se serait alitée le 29 décembre 1921 ; elle était de santé précaire, et dans la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier, elle fut prise d'une forte diarrhée. — Sur l'avis d'un médecin elle fut conduite à l'Hôpital Saint-Denis le 2 janvier ; sa température oscillait entre 40° et 41° ; elle présentait du délire avec agitation, une diarrhée fétide, et des pertes sanguinolentes avec odeur.

La défense musculaire n'a pas permis l'examen gynécologique. La mort est survenue le 4 janvier, à 3 heures du matin.

Le cadavre ne présente aucune trace extérieure de violences.

La putréfaction n'est pas commencée; la conservation du corps est excellente.

Les mamelons ne présentent pas de coloration anormale.

La fille R... est vierge : son hymen, de forme annulaire, est intact et mesure environ 5 mm. de largeur, formant une couronne régulière qui circonscrit un orifice central de 12 mm. de diamètre. Cet hymen ne se serait pas prêté sans déchirure à la pénétration du membre viril. L'utérus est légèrement augmenté de volume et renferme un polype muqueux inséré sur la paroi postérieure et mesurant 2 cm. de diamètre.

L'ovaire gauche contient un corps jaune ancien en dégénérescence graisseuse. L'ovaire droit renferme un corps jaune de 1 cm. de diamètre, entouré d'une zone ecchymotique.

La rate est très hypertrophiée, pesant 300 gr., et elle est noire et friable.

Les ganglions lymphatiques du mésentère sont également hypertrophiés, beaucoup ayant les dimensions de petites billes. Il en existe du volume d'un noyau de cerise au niveau de l'insertion du mésentère sur l'intestin dans les 50 derniers centimètres de l'intestin grêle. Dans cette portion de l'intestin grêle, on perçoit extérieurement quelques rougeurs dues à l'injection des vaisseaux sous-séreux. Après ouverture de l'intestin grêle on trouve dans la partie terminale les plaques de Peyer et les follicules clos hypertrophiés, saillants. Les plaques de Peyer ont l'aspect gaufré, caractéristique de la fièvre typhoïde. La muqueuse est pâle, non congestionnée, sans ulcération.

Le foie est normal. Les reins présentent une décoloration légère de la substance corticale.

L'estomac est vide, ne présentant aucun signe d'irritation à laquelle aurait donné lieu l'ingestion d'eau de savon que l'on a pensé être la cause de la mort (ayant soif dans la nuit, la défunte, pour ne déranger personne dans l'hôtel meublé où elle habitait, aurait bu le contenu d'eau de savon de sa cuvette).

Le cœur est de volume normal. Ses cavités contiennent une quantité modérée de sang, en partie coagulé. Pas de lésions officielles. Pas de myocardite, la coloration du myocarde est violacée et normale.

Les poumons sont engoués, congestionnés, avec un œdème minime.

Centres nerveux intacts; simplement un peu de congestion des veines méningées.

Le sérum prélevé à l'autopsie n'a pas montré de propriétés agglutinatives pour le bacille d'Eberth en dilution au vingtième.

Conclusions. — 1° La demoiselle R... était atteinte de fièvre typhoïde au début (fin du 1^{er} septennaire).

Elle a succombé à une forme ataxo-adynamique de la maladie.

La mort subite suspecte chez l'enfant

La mort subite et imprévue est fréquente chez les enfants du premier âge. Ce qui la domine au point de vue pathogénique, ainsi que le dit Brouardel, « c'est la facilité avec laquelle se font chez l'enfant les congestions et l'extrême violence que peuvent affecter chez lui certains réflexes sous l'influence de l'excitabilité des centres nerveux ».

Il est certain, comme l'a montré M. le Prof^r Marfan, que si, d'une façon générale, les causes qui peuvent produire la mort subite et imprévue chez les adultes comme chez les enfants, sont multiples; chez ces derniers « en raison de certaines particularités de leur organisme, elles déterminent une mort subite ou presque subite beaucoup plus souvent qu'aux autres âges ».

« On peut l'observer dans l'eczéma des nourrissons, et elle semble due probablement soit à une auto-intoxication foudroyante, soit à un choc anaphylactique.

« On peut l'observer dans l'acès rétro-pharyngien et la cause probable semble être l'altération du pre-

mier ganglion cervical du grand sympathique contenu dans la loge rétro-pharyngienne et qui donne des filets au plexus cardiaque.

« On peut l'observer aussi dans l'hypertrophie du thymus. Trois hypothèses ont été invoquées pour expliquer cette mort thymique : celle d'une intoxication suraiguë par des produits du thymus, celle d'une dégénérescence myocardique par intoxication chronique, celle d'une dyscrasie avec vagotonisme » (Marfan : La mort subite et imprévue chez les enfants du premier âge, in *Paris Médical*, 4 nov. 1922).

On peut encore l'observer dans la broncho-pneumonie. « La bronchite de l'enfant est des plus dangereuses, l'enfant ne sait pas tousser, il ne sait pas cracher et il supprime ainsi une partie de son champ respiratoire » (Brouardel : la mort et la mort subite).

Voici le plus souvent comment se présentent les cas suspects : un matin on trouve dans son berceau ou dans le lit de sa mère l'enfant mort. De là suspicion d'infanticide par étouffement, surtout s'il s'agit d'une fille-mère.

Plus rarement, c'est à une intervention thérapeutique qu'on rapporte la mort subite de l'enfant : l'enfant est un peu souffrant, un médecin est appelé qui prescrit une potion et peu après, la mort survenant brusquement, on incrimine le remède donné.

OBSERVATION XIV

Mort subite. — Infanticide. — Broncho-pneumonie.

L'enfant L..., âgée de 5 semaines, est trouvée un matin morte dans le lit de sa mère. Celle-ci explique que son enfant pleurant elle l'avait prise dans son lit vers 2 heures du matin pour lui donner le sein, ainsi qu'elle avait coutume de le faire chaque nuit; elle s'était endormie pendant que l'enfant tétait et s'accuse de l'avoir étouffée pendant son sommeil.

C'est dans ces conditions que M. le Dr Duvoir fut chargé de pratiquer l'autopsie :

L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien de particulier. La putréfaction est peu avancée. Aucune trace de violences sur le corps.

A l'ouverture du cadavre, on trouve les poumons très congestionnés, parsemés d'ecchymoses punctiformes de Tardieu. A la coupe, les bronchioles laissent sourdre une gouttelette de sérosité blanchâtre. Pas de liquide dans les plèvres. Le larynx, la trachée, les grosses bronches sont d'apparence normale.

Le thymus est volumineux.

Le cœur est d'aspect normal. Quelques petites ecchymoses sur la face externe du péricarde.

L'appareil digestif est sain. L'estomac renferme 30 à 40 gr. de lait caillé. Pas d'adénopathies mésentériques.

Le foie est parsemé de plaques jaunâtres, il présente ébauchée l'apparence du foie infectieux.

Le pancréas et la rate sont normaux macroscopiquement, les reins sont congestionnés, la vessie est vide.

Pas de fracture du crâne. Les centres nerveux sont sains; pas de méningite.

Pas de fracture des os longs. Le point de Béclard existe avec ses dimensions normales.

L'examen histologique des poumons a montré une congestion intense du parenchyme pulmonaire avec ébauche de nodules péri-infectieux.

Diagnostic et discussion. — D'après la procédure la mère de la jeune L... explique la mort de son enfant par une asphyxie accidentelle survenue alors qu'elle était endormie, au milieu de la nuit, en lui donnant le sein.

La présence de lait dans l'estomac concorde avec ces déclarations. Le corps ne portait aucune trace de violences.

Les poumons étaient congestionnés, parsemés d'ecchymoses punctiformes sous-pleurales, qui, étant données les conditions

dans lesquelles elles se présentent conduisent à penser que la mort s'est produite par asphyxie.

On a constaté, en outre, à la coupe des poumons : l'apparition d'une gouttelette de sérosité blanchâtre à la section des bronchioles, et à l'examen histologique une ébauche de nodules infectieux péri-bronchiques.

Si l'on ajoute à ces lésions l'aspect du foie dont les zones de dégénérescence font penser au foie infectieux, on est conduit à admettre qu'au moment de sa mort la jeune L... était atteinte de bronchite avec un léger état broncho-pulmonaire.

Ces lésions, quoique légères, sont susceptibles d'expliquer chez un enfant de 5 semaines une mort subite par asphyxie. Il est possible, d'ailleurs, que le mécanisme de compression dont s'accuse la mère soit intervenu; mais il nous semble n'avoir pu jouer dans le cas actuel qu'un rôle occasionnel.

Conclusions. — 1° L'autopsie du cadavre de la jeune L... a montré des lésions de bronchite avec un léger état infectieux broncho-pulmonaire.

2° Ces lésions sont susceptibles à elles seules d'expliquer la mort subite par asphyxie chez un jeune enfant.

3° Il est possible que le mécanisme de compression dont s'accuse la mère soit intervenu; mais son rôle ne nous semble avoir été qu'occasionnel.

4° Le corps ne portait aucune trace de violences.

5° La présence de lait dans l'estomac confirme les déclarations de la mère.

OBSERVATION XV

Mort suspecte. — Suspicion d'empoisonnement. — Broncho-pneumonie.

Je soussigné, V. Balthazard, médecin expert, professeur agrégé de médecine légale, commis, etc. :

Le cadavre est celui d'un enfant d'un an environ, paraissant bien constitué, et chez lequel les masses adipeuses sont assez développées. La rigidité cadavérique a disparu et la putréfaction commençante se traduit par l'existence d'une légère tache verte à la partie inférieure de l'abdomen. Il

existe une rougeur marquée sur les parties latérales du tronc, les cuisses et le cou.

Autopsie. — Le tube digestif est intact sur toute son étendue. L'estomac renferme seulement quelques grammes de liquide teinté par la bile dans lequel nagent des grumeaux de lait caillé.

Le foie présente sur la coupe des zones de coloration jaunâtre qui correspondent à des foyers de dégénérescence cellulaire, tels qu'on les rencontre au cours des maladies infectieuses. La rate est de volume normal et de consistance ferme.

Les autres viscères abdominaux : pancréas, reins, capsules surrénales, ont une apparence normale. Les ganglions mésentériques sont notablement hypertrophiés.

Le cœur ne présente aucune anomalie, aucune lésion; il est en systole. Le ventricule gauche est vide de sang; le ventricule droit renferme quelques caillots noirâtres. Pas d'ecchymoses sous-péricardiques.

Les poumons sont libres de toute adhérence avec la plèvre. Ils présentent, surtout le gauche, une augmentation notable de densité. Il n'existe pas d'ecchymoses sous-pleurales, mais sur la surface externe la coloration du parenchyme a des nuances très variées, rose pâle en certains endroits, rouge violacée presque noirâtre en d'autres. Ces dernières zones correspondent à des noyaux indurés de broncho-pneumonie. Sur la coupe ces noyaux apparaissent assez nombreux, surtout dans le lobe inférieur du poumon gauche où la broncho-pneumonie revêt la forme pseudo-lobaire; la pression du parenchyme fait sourdre du pus dans les petites bronches. Les fragments détachés des noyaux indurés plongent au fond de l'eau. Il existe de l'emphysème aigu sur les bords antérieurs des poumons et de l'œdème généralisé.

L'examen microscopique de ce pus, après coloration par la méthode de Gram, montre de nombreux leucocytes polynucléaires et des microbes en chainettes formées de 2, 3, 4 et 6 grains qui ne sont autres que des streptocoques.

Le larynx, les grosses bronches, le thymus et le corps thyroïde sont normaux; il en est de même du cerveau qui présente seulement de la congestion sous forme d'un piqueté hémorragique de la substance blanche.

Discussion. — Des documents de l'enquête, il résulte que l'enfant G... a été indisposé le 25 février au matin, que le Dr D... l'a visité le soir même et a constaté : « Fièvre très

vive — grande oppression — existence à l'auscultation dans toute la poitrine de nombreux râles fins de bronchite capillaire; j'ai découvert sur le cou l'existence d'un début de rougeole, etc... Mon diagnostic a été : incubation de rougeole et bronchite capillaire ».

L'autopsie n'a pas permis d'affirmer l'existence d'une rougeole, mais elle a mis en évidence des lésions de broncho-pneumonie assez étendues qui sont sans aucun doute la cause de la mort; celle-ci est survenue d'autant plus rapidement que la broncho-pneumonie s'est accompagnée d'un œdème pulmonaire presque généralisé qui est la cause des signes d'auscultation constatés par le D^r D...

L'ordonnance du D^r D... comportait un vomitif à base d'ipéca tout à fait inoffensif et une potion ainsi formulée :

Teinture d'aconit : III gouttes.

Acétate d'ammoniaque : 1 gr.

Sirop de Désessart : 16 gr.

Sirop de tolu : 10 gr.

Eau distillée : Q. S. pour 60 c.c.

Donner par cuillerée à café toutes les heures.

La teinture d'aconit renferme par gramme LIII gouttes et chaque gramme correspond à 0 mgr. 17 d'alcaloïde; III gouttes correspondent donc à 0 mgr. 01 d'alcaloïde. Or, chez l'adulte, on peut sans inconvénient donner dans la journée 1 mgr. d'aconitine, soit pour un enfant de moins d'un an, 0 mgr. 05 à 0 mgr. 06. La dose ordonnée était donc très inférieure à la dose maxima qu'il est permis de faire prendre à un enfant de l'âge du jeune G...

L'hypothèse d'une erreur pharmaceutique, qui eut consisté dans l'introduction dans la potion d'une dose d'aconit supérieure à celle indiquée sur l'ordonnance est tout à fait invraisemblable, étant donné d'une part, l'absence complète de congestion du tube digestif, constante dans l'empoisonnement par l'aconitine, et l'existence de lésions pulmonaires spontanées incompatibles avec la survie de l'enfant.

Conclusions. — 1° Le jeune G... a succombé à une broncho-pneumonie accompagnée d'œdème pulmonaire et de catarrhe suffocant.

2° Il n'existe aucune lésion permettant de soupçonner l'existence d'un empoisonnement par suite d'une erreur pharmaceutique.

TROISIEME PARTIE

Discussion au point de vue médico-légal

On peut constater, par le nombre d'observations inédites que nous avons réunies et qui datent de ces dernières années, combien ces morts subites ou rapides qui terminent brusquement une infection aiguë ignorée donnent souvent lieu à enquête judiciaire.

On conçoit que la première cause de suspicion réside dans l'extraordinaire de cette mort. On comprend mal, a priori, qu'un individu gravement atteint d'une infection aiguë puisse aller et venir dans une bonne santé apparente et il faudra peu pour que sa mort subite inopinée, imprévue soit suspectée.

Dans les cas que nous avons examinés on a incriminé un accident (Obs. I, V, VII, XI), un homicide par imprudence (Obs. II) et cette présomption était étayée par les ecchymoses nombreuses que portaient le cadavre. On a aussi suspecté un avortement (Obs. III), une intoxication par stupéfiant (Obs. IV); un empoisonnement alimentaire (Obs. X); thérapeutique (Obs. XII, XVI). On a prétendu aussi que la cause première

d'une mort subite (Obs. VI) serait une intoxication ancienne, datant de la guerre, par les gaz de combat. Dans un autre cas (Obs. IX) c'est le mari qui a provoqué l'enquête, accusant les brutalités d'un examen gynécologique et voire même des violences que démontraient, pensait-il, les marques que portaient le cadavre.

Enfin (Obs. XV) c'est une mère qui s'accuse involontairement étouffé son enfant. C'est là une cause fréquente d'enquête judiciaire dans les morts subites du nouveau-né, nous y reviendrons tout à l'heure.

Mais si ces morts subites ou rapides sont souvent suspectées — et on a vu combien multiples et variées sont les raisons de suspicion invoquées — du moins l'autopsie peut-elle apporter la démonstration qu'elles le sont à tort ? Oui, en général, car il s'agit le plus souvent de grosses lésions. Et ce n'est pas là ce qu'il y a de moins étonnant, de constater que de telles infections aient pu évoluer dans un pareil silence.

Nous voyons en effet que l'autopsie a montré Obs. I que tout un lobe du poumon était le siège de lésions pneumoniques au stade d'hépatisation grise. Obs. II, il s'agit d'une pneumonie bi-latérale qui a envahi les lobes inférieurs des deux poumons. Obs. IV, les poumons sont farcis de foyers de broncho-pneumonie; de même dans l'obs. V où, de plus, ils sont entourés d'une épaisse couche de pus. Obs. VI, on trouve les lésions d'une angine phlegmoneuse avec œdème de la glotte. Obs. VII, l'autopsie montre un appendice tuméfié adhérent et un cœur volumineux à parois flasques. Obs.

VIII, on reconnaît aisément les lésions d'une péritonite. Les deux reins, obs. IX, sont le siège d'altérations considérables qui permettent d'affirmer qu'il s'agit de pyélo-néphrite calculeuse. Le cerveau, obs. X, est enveloppé d'une nappe de pus; ses ventricules, obs. XI, sont distendus par le liquide céphalo-rachidien tandis que les lobes inférieurs des deux poumons sont deux blocs de pneumonie. Dans l'intestin on voit des plaques de Peyer, obs. XII et XIII, présentant les altérations caractéristiques de la fièvre typhoïde. Enfin, chez deux enfants, obs. XIV et XV, l'autopsie met en évidence des lésions de bronchite et des foyers de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons.

Cependant, il est certains cas, notamment quand il s'agit d'une infection au début marquée anatomiquement par seulement un peu de congestion plus ou moins diffuse d'un organe, l'autopsie peut faire soupçonner l'infection aiguë cause de la mort, sans pouvoir toujours en apporter la démonstration complète, certaine. Ainsi, observation III, l'autopsie n'a pu montrer, en dehors des altérations nettes d'une néphrite chronique, qu'une congestion intense des deux poumons, toutes lésions « capables d'expliquer la mort, en particulier sous l'action surajoutée d'un processus infectieux difficile à mettre en évidence sur le cadavre ».

Ce sont là des faits qu'on observe surtout dans la grippe ou dans certaines maladies infectieuses aiguës, rougeole (observation XV), scarlatine dont l'autopsie ne permet pas d'affirmer la réalité.

Mais, somme toute, il s'agit là de cas exceptionnels, du moins chez l'adulte; chez l'enfant, le nourrisson surtout, ils sont loin d'être rares.

Depuis longtemps tous les médecins d'enfants ont constaté que, chez le nourrisson, les infections broncho-pulmonaires sont extrêmement fréquentes, avec souvent une symptomatologie réduite au minimum, nulle même, et l'autopsie seule permet de reconnaître leur existence. La recherche systématique sur le cadavre, des broncho-pneumonies, en montrant combien souvent elle était en cause, a de plus permis de noter la rareté de l'intégrité complète des bronches et du parenchyme pulmonaire chez le nouveau-né.

Mais le point spécial sur lequel nous désirons attirer l'attention, est la fréquence de la broncho-pneumonie chez les nourrissons que leur mère s'accuse d'avoir accidentellement étouffés, ainsi que nous en avons relaté un cas (observation XIV). C'est là un fait si fréquent que dans certains pays la loi défend expressément aux mères de garder leur enfant dans leur lit.

Voici ce qu'à, à ce sujet, écrit M. le Professeur agrégé Duvoir :

« Il n'est pas exceptionnel, en effet, en médecine légale, qu'une mère raconte qu'elle s'est endormie en donnant le sein à son nourrisson et qu'elle a, à son réveil, trouvé mort près d'elle l'enfant qui quelques heures auparavant avait toutes les apparences d'une parfaite santé. Elle s'accuse donc de l'avoir comprimé involontairement.

« Le décès étant suspect, l'autopsie judiciaire est

presque toujours ordonnée. Elle montre ordinairement des ecchymoses sous-pleurales et parfois sous-péricardiques, en sorte que s'il se contente d'un examen superficiel, le médecin légiste, en présence de ces « taches de Tardieu » qui sont fréquentes dans les asphyxies mécaniques, a tendance à confirmer la version de la mère.

« Il résulte cependant des autopsies pratiquées par le P^r Balthazard et par nous-même, que dans ces cas il est habituel de trouver à la coupe du poumon, des lésions de broncho-pneumonie et parfois de bronchite capillaire. Mais ce sont là souvent des lésions initiales de sorte qu'elles peuvent être discrètes et qu'il faut savoir les rechercher, aussi peut-il être nécessaire de confirmer leur existence par un examen histologique qui montrera en outre qu'il s'agit bien de pus et non d'une simple desquamation épithéliale cadavérique des bronchioles.

« Il n'est pas impossible que, dans ces cas, une compression accidentelle du thorax ait été la cause de la mort, mais la cause déterminante est bien la broncho-pneumonie et nous avons tendance à penser, étant donné la presque constance des lésions broncho-pulmonaires dans les cas qui nous ont été soumis, qu' hormis ceux où le sommeil de la mère a été particulièrement profond du fait d'une cause spéciale, telle que l'ivresse, l'enfant crie et se débat suffisamment pour réveiller sa mère avant que l'asphyxie mécanique ait pu causer la mort.

« D'où cette recommandation : lorsqu'une mère s'ac-

cuse d'avoir accidentellement étouffé son enfant, il faut toujours chercher la broncho-pneumonie » (M. Duvoir : *la mort suspecte du nourrisson par broncho-pneumonie latente*).

Enfin, et c'est par là que nous terminerons, si presque toujours l'autopsie démontre la cause de la mort, par contre à la levée du corps on ne peut faire aucun diagnostic et le médecin qui en est chargé n'a pas le droit d'incriminer une affection quelconque, de faire une hypothèse que trop souvent contredira l'autopsie. Ainsi, observation XIV, le médecin requis par le commissaire de police pour l'examen du cadavre, émet l'hypothèse d'une asphixie accidentelle, et l'autopsie montre qu'en réalité c'est à une broncho-pneumonie qu'il faut rapporter la mort du bébé.

CONCLUSIONS

1° Parmi les morts qui donnent lieu à enquête judiciaire en raison de leur caractère imprévu, un certain nombre sont dues à des états infectieux aigus ou sub-aigus plus ou moins latents, souvent ambulatoires.

2° Il résulte des observations inédites que nous avons réunies, qu'il s'agit le plus souvent chez l'adulte d'affections de l'appareil respiratoire (pneumonie, broncho-pneumonie, etc.), de l'appareil digestif (appendicite, péritonite, abcès rétro-pharyngiens, etc.), de l'appareil urinaire (pyélo-néphrites, etc.), du système nerveux (méningite, etc.) ou de maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, etc.).

3° Il semble que chez le jeune enfant l'on doive surtout incriminer la bronchite capillaire ou la broncho-pneumonie.

4° Le médecin requis par le Commissaire de Police pour la levée du corps devra, après avoir décrit l'aspect extérieur du cadavre, s'abstenir de toute hypo-

thèse sur la cause réelle de la mort, celle-ci ne pouvant être établie què par l'autopsie.

5° L'autopsie permettra ordinairement de déterminer la cause de la mort à moins qu'il ne s'agisse de certains états infectieux, tels que la grippe, dont les lésions anatomiques sont souvent peu caractéristiques.

VU : Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

BALTHAZARD.

VU et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

VU :

Le Doyen,

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- AVIRAGUET et LUTEMBACHER. — Troubles cardiaques dans la diphtérie. (*Journal Médical français*, janvier 1920.)
- BALTHAZARD. — *Précis de Médecine légale*.
- BAPTISTE. — *Mort subite ou rapide par lésions spontanées des organes abdominaux, au point de vue médico-judiciaire*.
- BROUARDEL. — *La mort et la mort subite*.
- DUVOIR. — *La mort suspecte du nourrisson par broncho-pneumonie latente*.
- LE FOURNIER. — *Mort subite dans la pneumonie. Thèse de Paris, 1900.*
- GASCON. — *De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu. Thèse de Paris, 1896.*
- LACASSAGNE. — *Mort subite. Province Médicale, 1888.*
— *Précis de Médecine légale*.
- LEGROS. — *Etude sur la pathogénie de la mort subite au point de vue médico-légale. Thèse de Lyon, 1893.*
- LUTEMBACHER. — *La bradycardie dans la fièvre typhoïde. Presse Médicale, septembre 1921.*
- MARFAN. — *La mort subite et imprévue chez les enfants du premier âge et en particulier de la mort thymique. Paris Médical, novembre 1922.*
- Etienne MARTIN et MOURIQUAND. — *Mort subite des enfants Rapport présenté au XVII^e Congrès international de Médecine, Londres, 1913.*
- THOINOT. — *Précis de Médecine légale.*
- VIBERT. — *Traité de Médecine légale.*
- VAQUEZ. — *Traité des maladies du cœur.*
- WEIL et PEHU. — *Pédiatrie, tome II, Sergent.*
-

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.
